

Załącznik nr 1 do Aneksu nr 4 do Umowy Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców Banku Handlowego w Warszawie S.A.

Załącznik nr 2 do Umowy Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców Banku Handlowego w Warszawie S.A.

**Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia „Plan Ochrony Dochodu”
dla Klientów Banku Handlowego w Warszawie S.A.**

**§1
POSTANOWIENIA OGÓLNE**

Niniejsze Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia „Plan Ochrony Dochodu” dla Klientów Banku Handlowego w Warszawie S.A. zwane dalej „OWU”, mają zastosowanie do Umowy Ubezpieczenia Grupowego, zwanej dalej „Umową Ubezpieczenia”, zawartej pomiędzy Bankiem Handlowym w Warszawie S.A. jako Ubezpieczającym zwanym dalej „Bankiem”, a CARDIF Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce, zwanym dalej „Ubezpieczycielem”.

Na mocy niniejszych OWU Ubezpieczyciel zobowiązuje się do wypłaty świadczenia z tytułu Utraty Stałego Źródła Dochodu przez Ubezpieczonego, wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania, Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy lub Czasowej Niezdolności do Pracy, za co Bank zobowiązuje się do opłacania składki ubezpieczeniowej.

**§2
DEFINICJE**

Terminom użytym w OWU oraz wszelkich innych dokumentach składających się na treść Umowy Ubezpieczenia nadano następujące znaczenia:

- 1) **Czasowa Niezdolność do Pracy** – stan niesprawności uniemożliwiający Ubezpieczonemu wykonywanie pracy zarobkowej, potwierdzony zaświadczeniem lekarskim o czasowej niezdolności do pracy, wystawionym zgodnie z przepisami o orzekaniu o czasowej niezdolności do pracy;
- 2) **Data Utraty Stałego Źródła Dochodu** - dzień wygaśnięcia stosunku pracy lub stosunku służbowego w rozumieniu przepisów prawa pracy lub odpowiednich przepisów prawa polskiego;
- 3) **Karta kredytowa** – główna Karta kredytowa Citibank wydana przez Bank;
- 4) **Miesiąc ochrony** – okres miesięczny, rozpoczynający się w pierwszym dniu miesiąca kalendarzowego, za który została opłacona Składka;
- 5) **Nieszczęśliwy Wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, które nastąpiło w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 6) **Organ Rentowy** – Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) lub Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS);
- 7) **Okres Oczekiwania** - 60 dniowy okres od Daty Utraty Stałego Źródła Dochodu lub rozpoczęcia się Czasowej Niezdolności do Pracy;
- 8) **Poważne Zachorowanie** - jedno ze zdarzeń lub chorób zdefiniowanych w § 6;
- 9) **Składka** – kwota należna z tytułu udzielenia ochrony ubezpieczeniowej na podstawie Umowy Ubezpieczenia;
- 10) **Stale Źródło Dochodu** - wynagrodzenie z tytułu pozostawania w stosunku pracy na podstawie umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony lub w stosunku służbowym;
- 11) **Suma Ubezpieczenia** – kwota obowiązująca dla wariantu ubezpieczenia, który został wybrany przez Ubezpieczonego przy przystępowaniu do Ubezpieczenia, wypłacana przez Ubezpieczyciela w przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela;
- 12) **Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy** – stan niesprawności Ubezpieczonego, będący następstwem choroby lub Nieszczęśliwego Wypadku, uniemożliwiający Ubezpieczonemu wykonywanie jakiejkolwiek pracy zarobkowej oraz ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji, wymagający stałej lub długotrwałej opieki innej osoby, potwierdzony orzeczeniem wydanym przez odpowiedni Organ Rentowy o całkowitej niezdolności do pracy orzeczonej na okres dłuższy niż 5 lat, z zastrzeżeniem, że orzeczenia na okresy krótsze niż 5 lat nie podlegają sumowaniu;
- 13) **Ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa świadczona przez Ubezpieczyciela na warunkach Umowy Ubezpieczenia i niniejszych OWU;
- 14) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia. Ubezpieczonym może być posiadacz Karty kredytowej w Banku Handlowym w Warszawie S.A.;
- 15) **Umowa kredytowa** – Umowa o Kartę Kredytową Citibank, zawarta pomiędzy Bankiem a Posiadaczem karty, określająca wysokość przyznanego limitu kredytu oraz inne warunki używania karty;
- 16) **Utrata Stałego Źródła Dochodu** - zakończenie świadczenia pracy w ramach umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony lub umowy stosunku służbowego, wskutek rozwiązania przez pracodawcę stosunku pracy lub stosunku służbowego w rozumieniu przepisów prawa, w wyniku czego Ubezpieczony zyskuje status bezrobotnego w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności wymienionych w OWU;
- 17) **Zadłużenie Karty kredytowej** – suma wykorzystanego przez Ubezpieczonego kredytu (kartą główną i dodatkową), a także opłat, prowizji, kwoty zadłużenia w ramach Planu Spłat Ratalnych „Komfort” oraz odsetek należnych Bankowi na podstawie postanowień Umowy o Kartę Kredytową Citibank i „Regulaminu Kart Kredytowych Citibank Banku Handlowego w Warszawie S.A.”;



18) Zdarzenie Ubezpieczeniowe – jedno ze zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia zgodnie z §3 ust. 2 niniejszych OWU, które powoduje powstanie prawa Ubezpieczonego do wystąpienia z roszczeniem o wypłatę świadczenia, pod warunkiem że zdarzenie to zaistniało w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

§3

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego i posiadanie Stałego Źródła Dochodu przez Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Zdarzenia Ubezpieczeniowe:
 - 1) Utrata Stałego Źródła Dochodu,
 - 2) Czasowa Niezdolność do Pracy,
 - 3) Poważne Zachorowanie,
 - 4) Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Umowy Ubezpieczenia polega na:
 - 1) wypłacie Ubezpieczonemu świadczenia miesięcznego, o którym mowa w §5 w przypadku Utraty Stałego Źródła Dochodu,
 - 2) wypłacie Ubezpieczonemu świadczenia miesięcznego, o którym mowa w §7 w przypadku powstania Czasowej Niezdolności do pracy,
 - 3) wypłacie Ubezpieczonemu świadczenia jednorazowego, o którym mowa w §6 w przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania, z zastrzeżeniem zapisów § 6 pkt 5,
 - 4) wypłacie Ubezpieczonemu świadczenia jednorazowego, o którym mowa w §8 w przypadku powstania Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy.

§4

OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba fizyczna, mająca miejsce zamieszkania w Polsce, która spełnia łącznie poniższe warunki:
 - 1) posiada Kartę kredytową wydaną przez Bank Handlowy w Warszawie S.A. na podstawie umowy kredytowej,
 - 2) w dniu przystępowania do ubezpieczenia ukończyła 18 rok życia i nie ukończyła 60 roku życia,
 - 3) wyraziła zgodę na:
 - a) objęcie Ubezpieczeniem podczas rozmowy telefonicznej z przedstawicielem Banku,
 - b) obciążanie rachunku Karty kredytowej wartością miesięcznej opłaty ubezpieczeniowej, na podstawie telefonicznego zlecenia przekazanego przedstawicielowi Banku.
 - 4) nie jest objęta Ubezpieczeniem na podstawie wcześniej złożonej zgody w tym zakresie.
2. W przypadku wyrażenia przez Ubezpieczonego woli objęcia ubezpieczeniem, zgodnie z ust. 1 powyżej, ochrona ubezpieczeniowa rozpocznie się w pierwszym dniu miesiąca kalendarzowego, za który została opłacona pierwsza Składka za Ubezpieczonego przez Bank oraz pod warunkiem, że Ubezpieczony został zgłoszony Ubezpieczycielowi przez Bank zgodnie z Umową Ubezpieczenia, w celu objęcia go ochroną ubezpieczeniową.
3. Ubezpieczony może być w tym samym okresie czasu objęty jedynie raz ochroną ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia „Plan Ochrony Dochodu”.
4. W przypadku wielokrotnego przystąpienia Ubezpieczonego do Ubezpieczenia „Plan Ochrony Dochodu” ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana tylko na podstawie pierwszego przystąpienia.
5. Ubezpieczony może odstąpić od Ubezpieczenia w terminie 30 dni kalendarzowych liczonych od dnia obciążenia rachunku Karty kredytowej pierwszą opłatą pobieraną przez Bank za Ubezpieczenie, pod warunkiem wcześniejszego złożenia telefonicznego lub pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od ubezpieczenia za pośrednictwem Banku. Oświadczenie o odstąpieniu Ubezpieczonego jest skuteczne wobec Ubezpieczyciela z dniem otrzymania oświadczenia przez Bank. W przypadku odstąpienia, Ubezpieczyciel dokonuje zwrotu Bankowi Składki za danego Ubezpieczonego, a Bank dokonuje zwrotu Ubezpieczonemu pobranej z rachunku Karty kredytowej opłaty za Ubezpieczenie, pod warunkiem nieskorzystania Ubezpieczonego ze świadczenia.
6. Po upływie okresu wymienionego w ust. 5 Ubezpieczony może w każdym czasie zrezygnować z Ubezpieczenia, składając za pośrednictwem Banku oświadczenie (telefonicznie lub pisemnie) o rezygnacji. Rezygnacja jest skuteczna wobec Ubezpieczyciela z końcem Miesiąca ochrony, za który została zapłacona ostatnia Składka za danego Ubezpieczonego.
7. W przypadku nieopłacenia którejkolwiek ze Składek za Ubezpieczonego, odpowiedzialność Ubezpieczyciela wobec tego Ubezpieczonego ulega zawieszeniu od pierwszego dnia następnego miesiąca kalendarzowego, na okres, za który Składka nie jest za niego opłacona (okres Zawieszenia).
8. W okresie Zawieszenia Ubezpieczony nie jest objęty ochroną ubezpieczeniową.
9. Ubezpieczony zostaje ponownie objęty ochroną ubezpieczeniową po okresie Zawieszenia z pierwszym dniem Miesiąca ochrony, za który została opłacona Składka.
10. Składka za Ubezpieczonego jest opłacana Ubezpieczycielowi przez Bank, pod warunkiem, że przed rozpoczęciem Miesiąca którego dotyczy ta Składka, z rachunku Karty kredytowej Ubezpieczonego została pobrana przez Bank opłata za Ubezpieczenie.

M. K.

ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UTRATY STAŁEGO ŹRÓDŁA DOCHODU

1. W przypadku Utraty Stałego Źródła Dochodu przez Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie miesięczne w wysokości zgodnej z wariantem Sumy Ubezpieczenia określonym w Umowie Ubezpieczenia, wybranym przez Ubezpieczonego przy przystępowaniu do Ubezpieczenia. Świadczenie przysługuje pod warunkiem, że Ubezpieczony w chwili zajścia zdarzenia był zatrudniony na podstawie umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony lub pozostawał w stosunku służbowym.
2. Pierwsze świadczenie w wysokości jednego świadczenia miesięcznego przysługuje po 60 dniach od Daty Utraty Stałego Źródła Dochodu pod warunkiem, iż Ubezpieczony posiadał status bezrobotnego i uprawnienia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych w ostatnim dniu tego okresu. Status bezrobotnego oraz uprawnienia do zasiłku dla bezrobotnych ustalane są na podstawie zaświadczenia z Urzędu Pracy (zgodnie z ust. 6 poniżej) w oparciu o powszechnie obowiązujące regulacje w tym zakresie, które mają zastosowanie w okresie naliczania świadczenia ubezpieczeniowego. Okres uprawnień do zasiłku dla bezrobotnych wynikający z takich regulacji oraz różnicowanie w zależności np. od miejsca zamieszkania, wieku, może się zmieniać w czasie.
3. Każde kolejne świadczenie miesięczne należne jest po upływie kolejnych 30 dni, pod warunkiem, iż Ubezpieczony posiadał status bezrobotnego i uprawnienia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych w ostatnim dniu tego okresu, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W przypadku, gdy po upływie Okresu Oczekiwania Ubezpieczony posiadał status bezrobotnego i uprawnienia do zasiłku dla bezrobotnych przez okres krótszy niż 30 dni, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości 1/30 świadczenia miesięcznego za każdy dzień, za który Ubezpieczony pobrał zasiłek dla osób bezrobotnych.
5. Na rzecz jednego Ubezpieczonego może być wypłacone maksymalnie 9 świadczeń miesięcznych, o których mowa w ust. 1 w odniesieniu do jednego Zdarzenia Ubezpieczeniowego polegającego na Utracie Stałego Źródła Dochodu.
6. W przypadku Utraty Stałego Źródła Dochodu, w celu zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia Ubezpieczony jest zobowiązany po upływie Okresu Oczekiwania (60 dni) złożyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty:
 - 1) wypełniony druk formularza zgłoszenia roszczenia,
 - 2) kopię zaświadczenia z Urzędu Pracy potwierdzającego posiadanie przez Ubezpieczonego statusu bezrobotnego i prawa do zasiłku dla bezrobotnych wraz z dokumentami potwierdzającymi pobranie zasiłku dla osób bezrobotnych ze wskazaniem okresu i liczby dni za jakie zasiłek został pobrany,
 - 3) kopię dokumentu potwierdzającego status zatrudnienia oraz tryb rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego (np.: świadectwo pracy lub służby, kopia ostatniej umowy o pracę),
 - 4) kopię dokumentu określającego datę przyznania zasiłku dla bezrobotnych.
7. Po upływie każdego 30-dniowego okresu, o którym mowa w ust. 3, przed każdorazową wypłatą kolejnych świadczeń miesięcznych, Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi kopię zaświadczenia z Urzędu Pracy potwierdzającego posiadanie prawa do zasiłku dla bezrobotnych oraz statusu bezrobotnego w danym okresie.
8. Świadczenia miesięczne przestają przysługiwać i nie są wypłacane za kolejne okresy, o których mowa w ust. 3 począwszy od dnia, w którym Ubezpieczony utracił status bezrobotnego lub prawo do pobierania zasiłku dla bezrobotnych nabyte po Utracie Stałego Źródła Dochodu.

ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU WYSTĄPIENIA U UBEZPIECZONEGO POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

1. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego jednego z Poważnych Zachorowań wymienionych w ust. 2 zdiagnozowanych przez lekarza, Ubezpieczyciel wypłaci jednorazowe świadczenie w wysokości 20 000 zł. Świadczenie to nie przysługuje, w przypadku, gdy Ubezpieczony w chwili zajścia takiego zdarzenia:
 - 1) był zatrudniony na podstawie umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony lub pozostawał w stosunku służbowym, lub
 - 2) był uprawniony do świadczenia z tytułu Utraty Stałego Źródła Dochodu, przysługującego za okres, w którym nastąpiło Poważne Zachorowanie, zgodnie z postanowieniami niniejszych OWU.
2. W ramach umowy ubezpieczenia Ubezpieczony objęty jest ochroną z tytułu wystąpienia następujących poważnych zachorowań:
 - 1) **pierwszy zawał serca** - pierwszy w życiu epizod zawału serca w postaci martwicy części mięśnia sercowego, jako skutek ostrego niedokrwienia, rozpoznany na podstawie wystąpienia typowego dla zawału bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie EKG potwierdzających wystąpienie zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych we krwi. Z zakresu Ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowe bólu w klatce piersiowej (angina pectoris),
 - 2) **udar mózgu** - nagle, w efekcie trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynaczynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny i potwierdzonych badaniem lekarskim. Wykluczeniu podlegają: epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego (TIA); udar niepozostawiający trwałego ubytku funkcji OUN; udar niedokrwienno-mózgowy jako skutek nagłego zatrzymania oddechu i/lub krążenia oraz zawał tkanki mózgowej lub krwawienie wewnątrzczaszkowe spowodowane urazem. Rozpoznanie trwałego uszkodzenia OUN musi być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii

- komputerowej lub rezonansu magnetycznego nie wcześniej niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów,
- 3) **niewydolność nerek** - schyłkowe stadium przewlekłego, trwałego i całkowitego uszkodzenia funkcji obu nerek skutkujące koniecznością dializoterapii lub przeszczepu. Diagnoza musi być jednoznacznie potwierdzona dokumentacją medyczną,
 - 4) **nowotwór złośliwy (rak)** - nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez lekarza onkologa lub histopatologa. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są: rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy, rak szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne; wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji); czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) (= <1mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC z 2002 r.; nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), podstawnokomórkowy rak skóry i kolczystokomórkowy rak skóry; wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV,
 - 5) **operacja pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass)** - przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczęcie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona w następstwie zalecenia specjalisty kardiologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe,
 - 6) **przeszczep narządu** - przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
 - a) serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki, lub
 - b) szpiku kostnego przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy. Przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela wobec Ubezpieczonego z tytułu wystąpienia Poważnego Zachorowania rozpoczyna się po upływie nieprzerwanego okresu 180 dni od dnia przystąpienia Ubezpieczonego do Ubezpieczenia.
 4. W przypadku Poważnego Zachorowania, w celu zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia Ubezpieczony jest zobowiązany złożyć odpowiednie dokumenty do Ubezpieczyciela, do których należą w szczególności:
 - 1) wypełniony druk formularza zgłoszenia roszczenia,
 - 2) kopię dokumentacji medycznej związanej z rozpoznaniem Poważnym Zachorowaniem,
 - 3) kopię dokumentu potwierdzającego status zatrudnienia (np.: świadectwo z zakładu pracy, świadectwo o służbie lub zaświadczenie o odbywaniu służby, kopia umowy o pracę, zaświadczenie o źródle uzyskiwania dochodu),
 - 4) w przypadku osób, które przed wystąpieniem Poważnego Zachorowania były uprawnione do pobierania świadczeń w ramach ryzyka Utraty Stałego Źródła Dochodu – zaświadczenie o braku prawa do zasiłku dla osób bezrobotnych.
 5. Uprawnionym do świadczenia z tytułu Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego jest Bank, z zastrzeżeniem iż uprawnienie to ograniczone jest do kwoty stanowiącej Zadłużenie Karty kredytowej Ubezpieczonego według stanu na ostatnim wyciągu z Karty kredytowej wystawionym przez Bank przed podjęciem przez Ubezpieczyciela decyzji o wypłacie świadczenia ubezpieczeniowego. W przypadku, gdy świadczenie przewyższa wysokość powyższej kwoty Zadłużenia Karty kredytowej, różnica wypłacana jest przez Ubezpieczyciela bezpośrednio Ubezpieczonemu. Uprawnionym do otrzymania tej części świadczenia jest Ubezpieczony.
 6. Prawo do świadczenia przysługuje, pod warunkiem, że Poważne Zachorowanie nie zostało zdiagnozowane przez lekarza przed upływem 180 dni od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w tym zakresie.
 7. W całym okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu przysługuje prawo do jednego świadczenia z tytułu Poważnego Zachorowania.

§7

ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY UBEZPIECZONEGO

1. W przypadku wystąpienia Czasowej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie miesięczne w wysokości zgodnej z wariantem Sumy Ubezpieczenia, określonym w Umowie Ubezpieczenia, wybranej przez Ubezpieczonego przy przystępowaniu do Ubezpieczenia.
2. Świadczenie przysługuje po upływie 60 dni nieprzerwanej Czasowej Niezdolności do Pracy, a następnie po upływie każdych kolejnych 30 dni, pod warunkiem, iż Ubezpieczony w tych okresach będzie Czasowo Niezdolny do Pracy.
3. Na rzecz jednego Ubezpieczonego może być wypłacone maksymalnie 9 świadczeń miesięcznych, o których mowa w ust. 1 w odniesieniu do jednego Zdarzenia Ubezpieczeniowego polegającego na Czasowej Niezdolności do Pracy.
4. W przypadku Czasowej Niezdolności do Pracy, w celu zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia Ubezpieczony jest zobowiązany po upływie Okresu Oczekiwania (60 dni) złożyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty:
 - 1) wypełniony druk formularza zgłoszenia roszczenia,

P. M. K.

- 2) kopię zaświadczenia lekarskiego o Czasowej Niezdolności do Pracy (druk ZUS ZLA),
 - 3) kopię zaświadczenia lekarskiego zawierającego wskazanie przyczyny i okresu Czasowej Niezdolności do Pracy,
 - 4) kopię dokumentów umożliwiających ustalenie okoliczności oraz przyczyny powstania Czasowej Niezdolności do Pracy (np. dokumentacja medyczna, dokumentacja z policji i/lub prokuratury),
5. Po upływie każdego 30-dniowego okresu, o którym mowa w ust. 2, przed każdorazową wypłatą kolejnych świadczeń miesięcznych, Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi kopię zaświadczeń lekarskich zawierających wskazanie okresu Czasowej Niezdolności do Pracy, chyba że wcześniej dostarczone zaświadczenia obejmowały również bieżący okres.

§8

ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU POWSTANIA TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY UBEZPIECZONEGO

1. W przypadku powstania Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczony Ubezpieczyciel wypłaci jednorazowe świadczenie w wysokości wynoszącej 20 000 zł.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela wobec Ubezpieczonego z tytułu powstania Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy rozpoczyna się nie wcześniej niż po upływie nieprzerwanego okresu 90 dni od dnia przystąpienia Ubezpieczonego do Ubezpieczenia.
3. W przypadku Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy, w celu zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia Ubezpieczony jest zobowiązany złożyć odpowiednie dokumenty do Ubezpieczyciela:
 - 1) wypełniony druk formularza zgłoszenia roszczenia,
 - 2) kopię orzeczenia lekarza orzecznika Organu Rentowego o niezdolności do pracy,
 - 3) kopię dokumentów umożliwiających ustalenie przyczyny powstania niezdolności do pracy (np. dokumentacja medyczna, dokumentacja z policji i/lub prokuratury),
4. W całym okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu przysługuje prawo do jednego świadczenia z tytułu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy.

§9

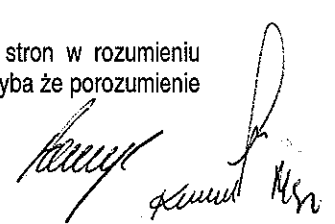
ZASADY WYPŁATY ŚWIADCZEŃ Z TYTUŁU WYSTĄPIENIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

1. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w ciągu 30 dni od daty otrzymania pisemnego zawiadomienia o Zdarzeniu Ubezpieczeniowym objętym odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, w sposób wskazany w niniejszych OWU.
2. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Ubezpieczyciel spełni świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w ust. 1.
3. Jeżeli świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje, Ubezpieczyciel powiadamia pisemnie osoby uprawnione do świadczenia o odmowie przyznania świadczenia ubezpieczeniowego, wskazując w uzasadnieniu podstawę faktyczną i prawną odmowy, w terminach określonych w poprzednich ustępach.
4. W przypadku Poważnego Zachorowania lub Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy, Ubezpieczyciel może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, przed specjalnie powołaną przez Ubezpieczyciela komisję lekarską.
5. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do odmowy wypłaty świadczenia, jeżeli komisja lekarska nie potwierdzi zasadności roszczenia z tytułu Poważnego Zachorowania lub Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy.
6. Koszt badań, o których mowa w ust. 4 ponosi Ubezpieczyciel.

§10

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Utraty Stałego Źródła Dochodu jest wyłączona gdy:
 - 1) Ubezpieczony otrzymał wypowiedzenie lub nastąpiło rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego z Ubezpieczonym, w okresie 30 dni od dnia przystąpienia do ubezpieczenia,
 - 2) w okresie wypłaty świadczeń miesięcznych Ubezpieczony utracił status bezrobotnego oraz prawo do pobierania zasiłku dla bezrobotnych. W takim przypadku Ubezpieczyciel nie wypłaca kolejnych świadczeń po dacie utraty przez Ubezpieczonego statusu bezrobotnego,
 - 3) Utrata Stałego Źródła Dochodu nastąpiła:
 - a) w związku z rozwiązaniem stosunku pracy lub stosunku służbowego przez Ubezpieczonego w rozumieniu przepisów prawa pracy lub innych przepisów prawa regulujących dany stosunek służbowy;
 - b) w związku z rozwiązaniem stosunku pracy lub stosunku służbowego za porozumieniem stron w rozumieniu przepisów prawa pracy lub innych przepisów prawa regulujących dany stosunek służbowy, chyba że porozumienie



stron nastąpiło z przyczyn niedotyczących pracownika z powodu upadłości, likwidacji pracodawcy lub zmniejszenia zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy;

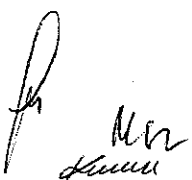
- c) w związku z rozwiązaniem przez pracodawcę stosunku pracy lub stosunku służbowego z Ubezpieczonym bez wypowiedzenia, w rozumieniu przepisów prawa pracy lub innych przepisów prawa regulujących dany stosunek służbowy,
- d) w związku z rozwiązaniem stosunku służbowego z winy osoby pozostającej w zależności służbowej.

2. Ubezpieczyciel jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania, gdy Poważne Zachorowanie nastąpiło w wyniku:

- 1) udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynika ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
- 2) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- 3) próby samobójstwa, które miały miejsce w ciągu pierwszych dwóch lat od objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
- 4) pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków toksycznych za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony,
- 5) wykonywania w odniesieniu do Ubezpieczonego standardowych praktyk medycznych przez osoby nie posiadające odpowiednich kwalifikacji, chyba że praktyki te były wykonane w sytuacji zagrożenia życia Ubezpieczonego, w celu jego ratowania,
- 6) poddania się Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
- 7) niezastosowania się przez Ubezpieczonego do zaleceń lekarskich (w przypadku kilku odmiennych zaleceń wydanych przez różnych lekarzy dotyczących tego samego przypadku, zastosowanie się Ubezpieczonego do jednego z nich nie zwalnia Ubezpieczyciela od odpowiedzialności),
- 8) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów takich jak: sporty motorowe oraz motorowodne, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, wspinaczka górską i skałkowa, rafting, speleologia, skoki na gumowej linie,
- 9) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu,
- 10) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności,
- 11) choroby AIDS lub zakażenia się wirusem HIV.

3. Ubezpieczyciel jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy i Czasowej Niezdolności do Pracy, jeżeli niezdolność do pracy Ubezpieczonego nastąpiła wskutek:

- 1) udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
- 2) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- 3) próby samobójstwa, które miały miejsce w ciągu pierwszych dwóch lat od objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
- 4) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności,
- 5) pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków toksycznych za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony,
- 6) chorób umysłowych i zaburzeń psychicznych,
- 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów takich jak: sporty motorowe oraz motorowodne, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, wspinaczka górską i skałkowa, rafting, speleologia, skoki na gumowej linie,
- 8) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu,
- 9) choroby rozpoznanej w okresie 24 miesięcy przed przystąpieniem Ubezpieczonego do Ubezpieczenia, wtedy jednak tylko gdy w jej następstwie doszło do wystąpienia Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy oraz Czasowej Niezdolności do Pracy w okresie 24 miesięcy po przystąpieniu Ubezpieczonego do Umowy Ubezpieczenia,
- 10) wykonywania standardowych praktyk medycznych przez osoby nie posiadające odpowiednich kwalifikacji, chyba że praktyki te były wykonane w sytuacji zagrożenia życia Ubezpieczonego, w celu jego ratowania,
- 11) poddania się Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
- 12) niezastosowania się przez Ubezpieczonego do zaleceń lekarskich (w przypadku kilku odmiennych zaleceń wydanych przez różnych lekarzy dotyczących tego samego przypadku, zastosowanie się Ubezpieczonego do jednego z nich nie zwalnia Ubezpieczyciela od odpowiedzialności),
- 13) choroby AIDS lub zakażenia się wirusem HIV.



1. Ubezpieczony jest zobowiązany podać do wiadomości Ubezpieczyciela lub Banku wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel lub Bank zapytał przed objęciem ochroną ubezpieczeniową.
2. Jeżeli Ubezpieczony podał do wiadomości Ubezpieczyciela lub Banku niezgodne z prawdą okoliczności, o których mowa w ust. 1, Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności, chyba że okoliczności te nie mają wpływu na zwiększenie prawdopodobieństwa wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego Umową Ubezpieczenia.
3. Bank jest obowiązany do terminowego opłacania Składki ubezpieczeniowej określonej w Umowie Ubezpieczenia.

§12

WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa na skutek zajścia jednego ze zdarzeń:
 - 1) z chwilą śmierci Ubezpieczonego,
 - 2) rozwiązania Umowy Ubezpieczenia - z końcem Miesiąca ochrony, następującym po Miesiącu ochrony, w którym nastąpiło rozwiązanie Umowy Ubezpieczenia,
 - 3) wypowiedzenia Umowy kredytowej - z końcem Miesiąca ochrony, za który została opłacona ostatnia Składka,
 - 4) rezygnacji Ubezpieczonego z Ubezpieczenia - z końcem Miesiąca ochrony, za który została opłacona ostatnia Składka, po wcześniejszym zgłoszeniu przez Ubezpieczonego Bankowi rezygnacji z Ubezpieczenia,
 - 5) odstąpienia Ubezpieczonego od Ubezpieczenia - z dniem złożenia przez Ubezpieczonego Bankowi oświadczenia o odstąpieniu od Ubezpieczenia,
 - 6) wypłaty świadczenia z tytułu Poważnego Zachorowania,
 - 7) wypłaty świadczenia z tytułu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu zdarzeń objętych Ubezpieczeniem wygasa z ostatnim dniem Miesiąca ochrony, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia.

§13

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wszelkie informacje, oświadczenia i wnioski Ubezpieczyciela i Banku dotyczące Umowy Ubezpieczenia powinny być przekazywane w formie pisemnej na podany poniżej adres, chyba że odnośna strona wskazała inny adres:

do Ubezpieczyciela:

Cardif ARD S.A. Oddział w Polsce

Pl. Piłsudskiego 2

00-073 Warszawa

do Banku:

Bank Handlowy w Warszawie S.A.

ul. Golezowska 6

01-249 Warszawa

2. Wszelkie wnioski, w szczególności o rozpatrzenie roszczenia Ubezpieczony powinien kierować na adres Ubezpieczyciela, wskazany w ust.1.
3. Wszelkie wnioski, oświadczenia, w szczególności rezygnacje, zmiany, Ubezpieczony powinien kierować na adres Banku, wskazany w ust.1.
4. Korespondencja adresowana do Ubezpieczonego będzie wysyłana na ostatni podany przez Ubezpieczonego adres.
5. Sprawy sporne, wynikające ze stosunku Ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Banku, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.
6. Ubezpieczony, jak i Bank, niezadowolony z decyzji Ubezpieczyciela jest uprawniony do wniesienia odwołania do Zarządu Ubezpieczyciela po otrzymaniu pisemnego zawiadomienia o decyzji Ubezpieczyciela. Powyższe uprawnienia są prawami, a nie obowiązkami Ubezpieczonego i Banku. Zarząd Ubezpieczyciela odpowie pisemnie na odwołanie strony w terminie 14

dni od daty jego otrzymania. Ubezpieczony, który nie zgadza się z decyzją Ubezpieczyciela jest uprawniony do złożenia skargi do Rzecznika Ubezpieczonych lub pozwu do sądu powszechnego.

7. Na podstawie art. 21 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane z tytułu niniejszej Umowy Ubezpieczenia zwolnione są z podatku dochodowego od osób fizycznych.
8. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie przepisy prawa polskiego, a w szczególności kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
9. Niniejsze OWU zatwierdzone przez Dyрекję CARDIF Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce w dniu 4 lutego 2010 roku, wchodzi w życie z dniem 4 lutego 2010 roku.

Jan Emeryk Rościszewski –
Dyrektor Oddziału

Leszek Skop -
Zastępca Dyrektora Oddziału

